

# As Necessidades de Cuidado e Conforto dos Visitantes em UTI Oncológica: uma Proposta Fundamentada em Dados de Pesquisa

## *Comfort and Care for Visitors to a Cancer ICU: a Proposal Based on Research Data*

Eliane da Conceição Lourenço<sup>1</sup>, Eloita Pereira Neves<sup>2</sup>

### Resumo

Trata de um estudo, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que teve como objetivo minimizar o impacto gerado pelo ambiente da UTI oncológica nos visitantes de pessoas internadas, através de proposta para a implementação de um ambiente de cuidado e conforto ao visitante em UTI, a qual é apresentada para discussão e implementação no local do estudo, o Hospital do Câncer I (HCI), localizado na cidade do Rio de Janeiro. O referencial teórico é fundamentado em Florence Nightingale, Jean Watson e Eloita Neves. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada com 20 visitantes. A análise de conteúdo das entrevistas revelou que o visitante se sente confortável porque tem fé em um ser superior, confia nos recursos disponíveis para o tratamento, e o hospital possibilita acompanhar a condição do familiar internado. Por outro lado, sente-se desconfortável porque antecipa a perda de seu familiar portador de câncer, tem inúmeras expectativas sobre a UTI, as visitas e as informações que poderá receber, além de sofrer inúmeras sensações desagradáveis, devido à sua própria vulnerabilidade, frente à condição do familiar internado. Por este motivo, para se sentir mais confortável, o visitante refere que necessita ter confiança em Deus e no atendimento da UTI, além de desejar receber um acolhimento afetuoso e poder comunicar-se com os profissionais dessa UTI e com o familiar internado. Finalmente, as autoras apresentam a proposta de criação de ambiente de cuidado em UTI, baseada em nove pressupostos originados dos resultados obtidos no estudo.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Oncologia; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem oncológica; Enfermagem familiar; Saúde da família

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UERJ e responsável pela Unidade Pós-Operatória do Instituto Nacional de Câncer (INCA)

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora, Professora Titular da UFSC (aposentada), Ex-professora visitante na FENF-UERJ, Assessora e Membro pesquisador do Grupo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Cuidado Humano em Saúde (GEPACHS) /DEMC-FENF-UERJ

Endereço para correspondência: Eliane C. Lourenço. Rua Conde de Bonfim, 581 - Aptº 603 - Tijuca - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20520-052.  
E-mail: elourenco@inca.gov.br

## INTRODUÇÃO

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) assumem atualmente grande valor dentro da área hospitalar porque recebem pacientes em situação crítica e de ameaça à vida, os quais necessitam de assistência permanente das equipes médica e de enfermagem<sup>1</sup>. Considerando o fato de que a pessoa internada nessas unidades pode apresentar ausência ou perda temporária de alguns sentidos como visão, fala e consciência, o profissional deve ter habilidade no estabelecimento das inúmeras formas de comunicação verbal ou não-verbal com a intenção de acalantar, tocar e ajudar a pessoa em sua recuperação.

Por ocasião da admissão em uma UTI, tanto o paciente como os familiares experimentam uma das maiores crises de sua vida<sup>2</sup>. A preocupação e o medo da morte parecem tomar conta de ambos. Dessa forma, fica claro que, durante uma internação, os conflitos emocionais tendem a alterar seus comportamentos. Entrar no ambiente da UTI para visitar um paciente e se deparar com fios, telas, monitores, ruídos e pessoas se movimentando a todo instante parece impressionar e gerar medo, dúvidas e ansiedades, motivo pelo qual o visitante de familiar internado em UTI também deve ser acalentado e ajudado pelo profissional.

Alguns dos estudos realizados sobre Terapia Intensiva abordam a temática no sentido da participação da família no cuidado aos pacientes críticos<sup>3</sup>, ou orientação sistemática aos familiares<sup>4</sup>, e na busca de humanização do ambiente de UTI<sup>5</sup>. Todos esses estudos tiveram como informantes as enfermeiras e não os visitantes. Consideram as autoras de um desses estudos<sup>5</sup> que, para humanizar um setor como a UTI, é necessário que os profissionais estejam preparados para lidar com uma diversidade de situações, por vezes conflitantes. Acrescentam que a posição de liderança ocupada pelo enfermeiro facilita sua atuação no sentido de manter a harmonia e o respeito pela pessoa, tornando o ambiente mais humanizado.

Por outro lado, tem-se observado que os profissionais de enfermagem que atuam em UTI parecem desconfortáveis em relação à presença de visitantes dos pacientes internados, o que certamente os inquieta e os leva a refletir sobre essa prática em UTI oncológica e sobre a necessidade de tornar esse ambiente o mais confortável possível para o visitante. Nesse sentido, buscam-se, para este estudo, apoio nas idéias da precursora da Enfermagem Moderna<sup>6</sup> que remete o enfermeiro para a noção de que o ambiente inclui os aspectos: físico, psicológico e social, afetando, portanto, a saúde dos indivíduos, sejam estes, os pacientes, visitantes ou os profissionais de saúde. Por isso, é preciso estar atento para atuar sobre o ambiente sempre que necessário, facilitando a manutenção do processo da vida ou para o

alcançe de uma morte tranqüila. Nightingale<sup>6</sup> já naquela época enfatizava a importância de estimular a força vital do indivíduo para facilitar o poder reparador da própria natureza, responsável pela restauração da saúde. Entende-se que a força vital pode ser facilitada se a atuação dos enfermeiros for favorável sobre os ambientes onde se encontram, sendo considerada esta a forma de cuidado mais necessária para melhorar o nível de conforto das pessoas.

Watson<sup>7</sup> deixa explícita sua intenção em retomar as idéias de Nightingale atualmente pouco exploradas ou parcialmente compreendidas pelos enfermeiros, especialmente no que se refere ao conceito de força vital. Esse conceito fundamenta a idéia central do *care-healing*, ou seja, o cuidado-reconstituição. *Care-healing* deve ser entendido como cuidado-reconstituição e não como cuidado-cura, pois, embora esta seja desejável e possa ocorrer, não se constitui no foco principal das ações dos profissionais da enfermagem. Além de resgatar as idéias de Nightingale, Watson auxiliou esses profissionais na reflexão sobre a importância da identificação das necessidades a partir da expressão dos sentimentos e também os conduziu ao reconhecimento da importância da identificação de fatores que possam estar favorecendo ou dificultando a promoção de um ambiente de cuidado que possibilite a reconstituição da pessoa.

As ações de cuidar e a promoção de um ambiente de cuidado podem resultar em conforto e isso é a razão de ser da enfermagem<sup>8-10</sup>. Essas idéias, aliadas às reflexões que tem-se feito sobre a temática dos visitantes em UTI, os motivou a direcionar o objeto do estudo no sentido da ambiência para o atendimento das necessidades de cuidado e conforto dos visitantes de pessoas internadas em UTI oncológica, propondo responder às seguintes questões norteadoras de pesquisa: 1) Como se sentem as pessoas que visitam uma pessoa internada em UTI, em relação à esse ambiente? 2) Qual é o nível de conforto percebido pelos visitantes, quais as razões por eles apontadas para expressar conforto ou desconforto, e quais são as necessidades de cuidado dessas pessoas? 3) Como os profissionais de enfermagem podem proporcionar um ambiente de cuidado na UTI para atender às necessidades apontadas por esses visitantes?

As respostas a essas questões de pesquisa conduziram ao alcance do *objetivo* geral deste estudo, ou seja, o de *minimizar o impacto gerado pelo ambiente da UTI oncológica nos visitantes de pessoas internadas, através de proposta de ações de cuidado e conforto*.

## METODOLOGIA

Este estudo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, foi realizado na UTI do Hospital do Câncer

I (HCI) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes foram 20 visitantes de familiares internados na UTI no período de 31/12/03 a 30/1/04, entrevistados por meio de um formulário adaptado<sup>11</sup> de *Dados Referentes ao Conforto dos Trabalhadores de Enfermagem*, elaborado por Neves e Pereira, em 2003, e utilizado no levantamento conduzido por Mauro, Neves e Rodrigues (2003) com a participação dos alunos da 4ª turma do curso de Mestrado em Enfermagem da UERJ.

Todos foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, nos termos da Resolução MS 196/96. A entrevista semi-estruturada teve como objetivo obter respostas às seguintes perguntas: 1) Por favor, coloque neste copo graduado de 0 a 10 a quantidade de líquido que represente o quanto confortável você está se sentindo em relação ao ambiente da UTI, sendo que 0 significa nada confortável e 10 muito confortável. 2) O que lhe faz sentir desta maneira em relação ao ambiente da UTI? 3) O que lhe ajudaria a se sentir mais confortável em relação ao ambiente da UTI? 4) Quem poderia lhe ajudar a se sentir mais confortável em relação ao ambiente da UTI?

Os dados gerados nas respostas ao instrumento sobre *Conforto dos Visitantes de Familiares Internados em UTI Oncológica* foram transcritos manualmente e digitados a partir das fitas gravadas; posteriormente foram organizados, para a análise, seguindo a ordem das perguntas do questionário (Apêndice B), ou seja: a) nível de conforto atribuído pelo entrevistado; b) descrições de conforto; c) descrições de desconforto; d) necessidades de conforto; e) fontes de conforto.

A partir da transcrição das fitas e produção dos dados brutos, iniciou-se o processo de análise de conteúdo. Esse método de análise consiste em um conjunto de técnicas que visa a conhecer e esclarecer o conteúdo das frases e palavras expressas nas mensagens<sup>12,13,14</sup>.

Para melhor compreensão dos procedimentos utilizados nessa análise, eles serão descritos a seguir. Inicialmente, foi atribuído um código para manter a identificação de cada pessoa entrevistada e possibilitar a verificação do número de pessoas e semelhanças de respostas. Assim, 'V' significa visitante, 'f' ou 'm' significa feminino ou masculino, respectivamente, o número corresponde ao visitante de acordo com a ordem da entrevista realizada, 'C' seguido de um número significa o nível de conforto atribuído pela pessoa entrevistada, conforme consta na escala de conforto. São exemplos: Vf13C1 = Visitante 13, do sexo feminino, que atribuiu 1 na escala de conforto.

## RESULTADOS

Dos 20 visitantes entrevistados, 65% tinham idade entre 36 e 65 anos, 25% entre 18 e 35 anos e 10% tinham mais de 65 anos. Apenas 10% dos visitantes tinham passado pela experiência anterior de ter um familiar internado em uma UTI. A maioria dos visitantes era do sexo feminino (90%) e apenas 10% do sexo masculino, pois estes comparecem à visita com menor frequência.

Em relação às duas primeiras questões norteadoras, os resultados revelaram que 60% dos visitantes atribuíram valores de 0 a 4, significando baixo nível de conforto; 20%, valores de 5 a 7, médio nível de conforto; e 20%, valores de 8 a 10, alto nível de conforto. No entanto, apesar da predominância da sensação de desconforto, foi possível identificar em suas respostas que os participantes do estudo experienciam também alguma sensação confortável.

As razões para se sentirem confortáveis foram agrupadas nas seguintes categorias: *Fé em um ser superior, confiança nos recursos disponíveis para o tratamento e acompanhamento da condição do familiar internado*.

*A Fé em um ser superior* tem o sentido de fé e confiança que a pessoa deposita em Deus; *a confiança nos recursos disponíveis para o tratamento* significa que a pessoa tem esperança no tratamento, confiança no hospital e na assistência de qualidade proporcionada pela UTI e sente que o hospital valoriza os aspectos humanitários; e o *acompanhamento da condição do familiar internado* é representado pela sensação de que o familiar internado está melhorando, que ele (visitante) recebe informações sobre o familiar internado e pode visitar o familiar internado.

Os depoimentos dos visitantes ilustram o acima exposto. Observe-se, por exemplo, que o código no parêntese significa: visitante nº 7 do sexo feminino que atribuiu valor 7 para o conforto, na escala de 0 a 10.

... Antes do médico é Deus [que pode ajudar o familiar a melhorar], se o médico opera é com pensamento em Deus, Deus está em todo lado ajudando; a gente não sabe nem explicar (Vf7C7). ... Só Deus [risos], só Deus dá o conforto ou o colo (Vf12C3). ... Sempre tem uma esperança, sempre tem, desejo para ela [paciente] e para todos (Vf19C2). ... Saber que o hospital é excelente em relação a outro [que conhece]...; minha cunhada me ligou e falou que o hospital era de 1º mundo; é uma instituição que no nosso país deve ter bem poucas; pelo porte do hospital de vocês aqui, eu vi que é excelente. Eu tenho confiança no CTI; O médico falou que teria que trazer para o UTI para ter mais atenção, então quer dizer a gente fica mais confortável... O hospital aqui eu

não conheço, a direção não posso falar, mas parece que ele se preocupa muito com o lado humano (Vf8C8). ...O carinho que vocês tem pelo paciente é uma coisa inigualável a hospital nenhum e tratamento... A gente percebe que existe um tratamento, uma preocupação geral de todos neste hospital, não só pelos parentes, mas também pelos familiares... A melhora do paciente e o seu bem-estar fez a gente perceber que o paciente estaria reagindo (Vm2C9).

As razões para os visitantes se sentirem desconfortáveis foram agrupadas nas seguintes categorias: *Antecipação da perda da pessoa portadora do câncer; expectativas sobre a UTI, as visitas e as informações que o visitante necessita sobre o familiar internado; vulnerabilidade pessoal face à condição do familiar internado em uma UTI.*

A *antecipação da perda da pessoa portadora do câncer* lhe causa desconforto devido ao estigma sobre a doença, à incerteza sobre a possibilidade de melhora do familiar e à antecipação da perda do familiar. *As expectativas que o visitante tem em relação à UTI e às visitas, bem como o fato de que não recebe as informações que necessita sobre o familiar internado também* lhe causam desconforto. Este é também experienciado quando o visitante se sente emocionalmente *vulnerável em relação à condição do familiar internado em UTI*. Tal vulnerabilidade é expressa por sensações desagradáveis relacionadas ao ambiente da UTI, aos aparelhos da UTI e ao próprio familiar internado.

A seguir, alguns depoimentos que ilustram as razões para o desconforto experienciado pelos visitantes:

...Quando vou ao CTI e vejo uma pessoa com essa doença, o câncer, eu saio desesperada..., essa doença é muito ingrata (Vf18C4). ... É uma sensação de que parece que eu estou perdendo um ser da minha família (Vf13C1). ...Eu nunca tinha entrado na UTI, a princípio fiquei nervosa..., até eu chegar no quarto do paciente você fica naquela, pensando no que você vai encontrar, o que você vai ver, mas depois que você entra eu acho que passa (Vf4C8). ...É uma visão muito ruim que você tem do CTI, a visão de que a pessoa entra e não vai sair mais dali com vida. Eu me senti tontinha e tive que segurar minhas lágrimas e o meu coração ficou partido..., ela [paciente] estava cheia de fios, respirador e fio na boca. A UTI é sempre um lugar frio, frio porque você vê o seu familiar triste, deprimido, deitado numa cama (Vf6C20). ...[sentia] medo e expectativa em cada dia da visita (Vf16C4). ...Na UTI todo mundo se apavora. Eu senti um medo muito grande (Vf11C9). ...No meu coração, desde que eu vim sexta-feira saí de lá passando mal. Então para mim é desagradável..., eu me senti tontinha, tive que segurar minhas lágrimas..., é um quadro desagradável, você sai [da UTI] e o coração

fica partido (Vf12C3). ...Senti medo devido aos aparelhos e fios que ficam em cima do paciente (Vf1C2). ...Olha aqueles aparelhos ali, aquele barulhinho do aparelho, tudo me choca! Os aparelhos do CTI também choca muito, a impressão que eu tive era que ela tava morrendo; ...quando eu vi ela cheia de aparelhos, eu nunca vi ninguém assim, eu fiquei muito chocada (Vf15C4, Vf5C1, Vf19C2, Vf4C8). ...Também choca ver aparelhos e alterações corporais dos outros pacientes, ver aquelas mãos inchadas; a visão "muito forte" da UTI e que não sai de minha cabeça (Vf15C4, Vf4C8, Vf5C1). ...O desconforto que você sente em ver um parente internado..., é uma coisa que te deixa muito abalado, muito carente (Vm14C3).

Os resultados da análise revelaram também que os visitantes de pessoas internadas em UTI oncológica têm as seguintes necessidades: *de Acolhimento e comunicação com os profissionais da UTI; comunicação com o familiar internado; e confiança em Deus e no atendimento na UTI.*

A necessidade de *acolhimento e comunicação com os profissionais da UTI* significa que o visitante precisa ser ouvido e receber orientação e apoio, bem como precisa de confirmação sobre a recuperação do familiar. A necessidade de *comunicação com o familiar internado* é representada pela necessidade de visitar/permanecer com o paciente e de ter alguma comodidade para acompanhar o familiar. E a necessidade de *confiança em Deus e no atendimento na UTI* implica em que o visitante tenha fé e confiança em Deus, confie no atendimento da UTI, reveja suas expectativas em relação à UTI e mantenha a calma ao entrar na UTI.

Veja alguns depoimentos sobre as necessidades sentidas pelos participantes:

Ouvir, deixar a gente se abrir! A melhor coisa que eu senti nessa entrevista, ouvir cada acompanhante, porque cada caso é um caso (Vf16C4). ...O que pode melhorar é a gente ver o familiar se recuperar bem (Vf3C2). ...No caso da UTI, seria bom que pelo menos mais pessoas pudessem visitar, porque ele [o familiar internado] tem um monte de amigos e ali ele está só. Ou até o horário de visita fosse mais tempo (Vf15C1). ...Eu tenho muita fé em Deus (Vf13C1). ...Deus está vendo o que a gente está passando. Ele [Deus] dá a fortaleza [para] a gente superar graças a Deus (Vf3C2). ...Graças a Deus ele conseguiu uma vaga na UTI, porque todo mundo tem medo da UTI, mas é uma Unidade de Terapia Intensiva!... eu tenho confiança na UTI (Vf11C9).

Em relação às fontes de conforto, ou seja, quem poderia lhes auxiliar a se sentirem mais confortáveis, se considerada a frequência com que as palavras foram mencionadas pelos visitantes, identifica-se que 35%

deles referem ser confortados pelos médicos, 25% pelos enfermeiros, 25% por Deus e 15% por outras pessoas. Nenhum deles referiu a si próprio como alguém que poderia suprir a necessidade de conforto. Na verdade, as fontes externas de ajuda caracterizam a necessidade do visitante de ter uma pessoa que o escute e que suas palavras ao mesmo tempo sejam carinhosas e transmitam confiança. Parece que a atribuição do conforto aos médicos se deve ao fato dos visitantes acreditarem que este profissional é o único ser abaixo de Deus que tem o poder de curar e mudar a perspectiva acerca da gravidade do câncer. No entanto os visitantes também atribuem como fonte de conforto os enfermeiros, pois estes estão sempre presentes ao lado do seu familiar, ouvindo seus desejos, angústias e queixas, apoiando-os nos momentos de incertezas ocasionadas pela doença, interpretando os sinais de dor ou desconforto, assim como esclarecendo dúvidas, orientando, proporcionando segurança e demonstrando solidariedade. Mas, sem dúvida, confiar e sentir Deus ao seu lado faz o visitante se sentir melhor. Além disso, para os visitantes, só Deus pode dar ou retirar a vida, o que lhes ajuda a confiar, a aceitar ou resignar acerca do quê e do porquê estão passando por tais situações. De qualquer forma, fica evidente que as fontes de conforto podem variar de acordo com as necessidades sentidas pelos indivíduos, com o momento vivenciado e podem ser simbolizadas por pessoas ou até por imagens que lhes inspirem confiança, amor e carinho.

Depoimentos como os apresentados a seguir ilustram que o conforto é facilitado pela interferência de fontes externas:

Deus está dando a fortaleza, e força para gente resistir (Vf3C2). ...Antes do médico é Deus [que pode ajudar o familiar a melhorar], se os médicos operam é com pensamento em Deus, Deus está em todo lado ajudando; a gente não sabe nem explicar (Vf7C7).

...Só Deus [risos], só Deus dá o conforto ou colo (Vf12C3). ... Na UTI seria a enfermeira para explicar porque está acontecendo isso com ele (Vf11C9). ...A enfermeira que está ali mexendo no aparelho, mexendo em algum remédio (Vf16C4). ...O próprio enfermeiro (Vf4C8). ...O enfermeiro, um doutor para falar alguma coisa para a gente sobre o estado da pessoa (Vf6C4).

...Alguém que estivesse com ele o dia todo dando banho, colocando a nutrição (Vf10C7).

Resumindo, os resultados do estudo indicam que o visitante se sente confortável porque tem fé em um ser superior, confia nos recursos disponíveis para o tratamento, e o hospital lhes possibilita acompanhar a condição do familiar internado. Por outro lado, sente-se desconfortável porque antecipa a perda de seu familiar

portador de câncer, tem inúmeras expectativas sobre a UTI, as visitas e as informações que poderá receber, além de sofrer inúmeras sensações desagradáveis, devido à sua própria vulnerabilidade, frente à condição do familiar internado em uma UTI. Por este motivo, para se sentir mais confortável o visitante refere que necessita ter confiança em Deus e no atendimento da UTI, além de desejar receber um acolhimento afetuoso e poder comunicar-se com os profissionais da UTI e com o familiar internado.

### A PROPOSTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBIENTE DE CUIDADO E CONFORTO AO VISITANTE EM UTI

Esta proposta foi elaborada com base nas experiências de uma das autoras como enfermeira intensivista, fundamentada no referencial teórico de Florence Nightingale e Jean Watson, nos achados sobre o conforto desta pesquisa e nas contribuições oferecidas pelos membros da equipe de enfermagem da UTI do HCI-INCA. Também, foram utilizados outros documentos ou textos que justificam as idéias aqui expostas. Assim, o texto foi organizado conforme alguns pressupostos, as necessidades de conforto dos visitantes e as estratégias que poderão ser implementadas no ambiente da UTI oncológica para minimizar o desconforto dos visitantes.

1) Os visitantes percebem o câncer como uma doença que ameaça a vida.

Por este motivo, eles necessitam compartilhar seus sentimentos e percepções sobre o câncer; precisam ser acompanhados, individualmente ou em grupo, por profissionais de saúde que possam proporcionar medidas de conforto, amparando-os nos momentos de incertezas, ouvindo-os e esclarecendo-os sobre as possibilidades de tratamento e controle da doença. Além disso, os profissionais podem aproveitar a oportunidade para estimular os visitantes a refletirem sobre sua própria vida e como viverem melhor.

2) Os visitantes de pessoas internadas em UTI oncológica necessitam ser acolhidos por profissionais sensíveis que se disponham a minimizar seu desconforto.

É preciso que os profissionais de enfermagem estejam cada vez mais atentos à vulnerabilidade dos visitantes, ajudando-os com palavras de carinho, oferecendo segurança e respeitando o momento difícil pelo qual estão passando. Isto pode ser feito através da presença autêntica do profissional, do encaminhamento a outro profissional capacitado, e/ou de discussão e implementação de estratégias junto à equipe multiprofissional da UTI que visem à compreensão global da situação dos pacientes e seus visitantes.

3) Os visitantes necessitam de um profissional que possa

ajudá-los a amenizar as sensações desagradáveis que sentem em relação à UTI.

Os profissionais que atuam na UTI podem aprimorar sua percepção acerca dos visitantes sobre a unidade, seja através da informação de que a UTI é um local especializado na recuperação de pacientes graves, ou através do envolvimento e integração dos visitantes com os profissionais e com o ambiente, desenvolvendo medidas que promovam o conforto.

4) Alguns visitantes necessitam expressar sua fé, dispondo de momentos de orações junto aos seus familiares internados.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos às necessidades espirituais e religiosas de pacientes e visitantes, proporcionando momentos de privacidade para que os visitantes possam orar junto aos seus familiares, ou facilitando a visita de um representante da sua religião. Os profissionais podem também se disponibilizar para estar junto com o paciente e seu familiar nos momentos de oração, aliando-se a eles, se assim o desejarem. No entanto, esta atitude deve ser permeada de profundo respeito às escolhas religiosas de cada um.

5) O visitante tem o direito de obter informações sobre o seu familiar ou pessoa significativa internada em UTI.

Os profissionais da UTI devem estar preparados para fornecer as informações aos visitantes, de modo que compreendam, de maneira clara e objetiva, o que foi dito sobre o seu familiar. Para que isto ocorra, é preciso que os profissionais estejam informados sobre a situação do familiar internado ou encaminhem os visitantes para quem possa melhor informar ou responder às dúvidas e questionamento feitos por eles. A forma como será facilitado o acesso à informação deverá ser amplamente discutida com os profissionais de saúde da UTI.

6) Os visitantes têm o direito de manter comunicação com o familiar internado em UTI.

É preciso que as rotinas de horários de visitas da UTI sejam mais flexíveis, permitindo aos visitantes que trabalham ver os seus familiares internados. Propõem-se os seguintes horários alternativos para as visitas da UTI: das 10:00 às 10:30 horas, após a higiene corporal, das 14:30 às 15:30 horas, após o retorno do almoço, e das 19:30 às 20:00 horas, após a passagem de plantão noturno. Em algumas situações, quando a visita não é suficiente para minimizar o desconforto do visitante ou do paciente, a enfermagem pode permitir a permanência do visitante junto ao paciente, conforme a necessidade.

Os visitantes sentem necessidade de acompanhar o familiar internado, pois acreditam que ao seu lado possam lhe transmitir algum conforto, como segurança e força, além de conhecer detalhes sobre o seu

atendimento e tratamento. Por outro lado, a legislação brasileira o ampara, e isso precisa ser considerado, conforme consta no documento oficial que trata dos direitos do paciente<sup>15</sup>. Nesse documento<sup>15</sup>, constam as principais legislações sobre este assunto, tais como a Portaria do Ministério da Saúde nº 280/99 e Lei Estadual RJ 2.828/97. Assim, é obrigatório, aos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, "viabilizar meios que permitam a presença de acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, durante o período de internação", e é também obrigatório a todos os estabelecimentos de atendimento à saúde proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes até 18 anos.

Como a legislação não estabelece critérios para a permanência do acompanhante de pessoas entre 19 e 59 anos, sugere-se que a enfermeira líder de equipe avalie as condições desses pacientes e registre em um formulário próprio, em função de critérios tais como: a) paciente não colaborativo com os procedimentos e com a assistência dada pela equipe da UTI, b) alimentando-se por via oral, c) acordado, d) fora do respirador, e) com ausência de sedação, f) sem probabilidade de alta imediata.

Não basta apenas permitir o acompanhamento, é preciso que a enfermagem se preocupe em cuidar e confortar esse visitante da mesma forma com que o faz em relação ao paciente. Por força da legislação e do direito de cidadãos, os acompanhantes merecem atenção devido às situações de grande tensão vivenciadas no ambiente hospitalar<sup>9</sup>. Também merecem ter certa comodidade para acompanhar o seu familiar. Essa comodidade pode ser representada por uma poltrona para descansar melhor, evitando o desgaste físico e o estresse provocado durante a internação, uma revista ou jornal para se manter informado ou uma sala onde possa conversar com um profissional ou com outros visitantes.

7) A confiança dos visitantes se desenvolve através de ações humanitárias e de uma assistência profissional de qualidade.

Os visitantes têm necessidade de confiar no atendimento da UTI para sentirem-se tranquilos. Isso é facilitado quando eles percebem que seu familiar está sendo bem cuidado, que existem recursos disponíveis para o tratamento e que os profissionais se preocupam em associar a esta assistência o carinho e o respeito. É importante a participação do enfermeiro no estabelecimento de um ambiente mais humanizado, onde haja harmonia e respeito pelo ser humano<sup>16</sup>, mas não é só esse profissional o responsável pela manutenção desse

ambiente. Entende-se o termo *humanização* como o caminho percorrido por todos aqueles que almejam o mesmo objetivo: o bem-estar e a melhor interação entre as pessoas. Nesse sentido, propõe-se que a equipe multidisciplinar participe de grupos de discussão, oficinas ou seminários sobre humanização na UTI, a fim de melhorar o relacionamento dentro da equipe multiprofissional da UTI, a assistência dada ao familiar internado e o atendimento prestado ao visitante.

8) A planta física da UTI deve possibilitar acomodar, da melhor forma possível, o paciente, o visitante e os profissionais da equipe de saúde.

Os quartos devem ter dimensões adequadas para receber os aparelhos que ajudam os pacientes no tratamento, espaço suficiente para os profissionais prestarem assistência e proporcionar também comodidade aos familiares internados e visitantes. Propõe-se a reestruturação da planta física da UTI, local do estudo, para que haja espaço suficiente para abrigar os recursos tecnológicos e também facilitar a locomoção de profissionais, execução de exames e acompanhamento do visitante com comodidade dentro dos boxes.

9) Um ambiente de cuidado e conforto aos visitantes da UTI oncológica proporciona às pessoas envolvidas (profissionais de saúde, pacientes e visitantes) apoio, proteção física, mental, social e espiritual, estimulando-os a experienciar sentimentos como tranquilidade, paciência, auto-estima preservada, vontade, esperança, confiança, perseverança, motivação, interesse, colaboração e principalmente uma sensação de adequação em relação ao ambiente.

Um ambiente de cuidado é aquele em que as pessoas envolvidas mantêm uma atitude ética no desenvolvimento de suas ações. Isso porque o cuidado é uma forma de viver na qual os seres humanos tentam "harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros"<sup>13</sup>. Isso implica que o cuidado precisa ser vivenciado. Para vivenciá-lo, os profissionais precisam tomar consciência dos sentimentos que envolvem as suas ações e agir com consciência e responsabilidade pelo próprio crescimento pessoal e profissional. De forma simplificada, cuidado (na visão da primeira autora deste estudo) é compreensão, amor, entrega; é o sorriso; é o toque com carinho; é o abraço na hora certa; a palavra dita no momento mais necessário; é despir-se de preconceitos; é ter paciência e respeito pelo outro. Um ambiente de cuidado é aquele espaço profissional onde se estabelecem relações profundas e significativas de um ser com o outro; ambiente este onde existe uma atmosfera rica em segurança, respeito, zelo, conhecimento, carinho, afeição, compreensão,

tolerância e amor pelas pessoas e pela profissão.

Para que os profissionais possam implementar um ambiente de cuidado, eles precisam buscar constantemente o autoconhecimento, a fim de reconhecer seu valor como pessoa, entender sua importância no mundo e na sociedade em que vivem, compreendendo suas próprias dificuldades e buscando seu aprimoramento pessoal e profissional. Dessa forma, cada profissional estará exercitando continuamente o cuidado de si, o cuidado do outro e estimulando os membros da equipe de enfermagem a melhorarem a qualidade da interação que estabelecem com o paciente e com o visitante.

Como consequência dessa atitude (de cuidado consigo próprio), os profissionais vivenciam um bem-estar físico, mental e espiritual, fortalecendo sua força vital, o que facilita sua disponibilidade para estarem autenticamente presentes na relação de cuidado que estabelecem com as pessoas envolvidas (profissionais, pacientes, familiares). Em decorrência disso, os profissionais buscam estabelecer uma relação de cuidado que se caracteriza pela troca de energia emanada do amor e do respeito pelos seres humanos, resultando em confiança, segurança e conforto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o ambiente é importante e responsável por ajudar o indivíduo a crescer e amadurecer através de suas vivências, assim como desenvolver suas habilidades e potenciais em conjunto com a sociedade, tornando um viver mais saudável, então deve-se dar prioridade ao cuidado no espaço em que se vive, a fim de torná-lo harmonioso, agradável, compensador, estimulante e produtivo.

O conhecimento das necessidades de cuidado e conforto dos visitantes em UTI direciona o profissional de enfermagem a reflexões profundas sobre o ambiente de cuidado e a mudanças dentro do contexto hospitalar, visando a atender a equipe multiprofissional, pacientes e seus visitantes com as propostas apresentadas neste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Borges EL, Abreu MC, Soares SML. Assistência de enfermagem em tratamento intensivo. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1997.
2. Thelan LA, David JK, Urden LD. Enfermagem: cuidados intensivos, diagnóstico e intervenção. Portugal: Lusodidática; 1990.
3. Dezorzi LW, Camponogara S, Vieira DFVB. Proposta de sensibilização. Rev Gaúcha Enfermagem. 2002;23(1):84-102.

4. Bezerra ALQ, Dal Ben LW, Camargo MNV, Pinheiro VFO. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enf USP*. 1998;32(2):134-9.
5. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. *Rev Nursing*. 1999;2(17):26-9.
6. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
7. University of Colorado Denver [homepage on the Internet]. Aurora (CO): University of Colorado Denver; 2007 [cited 2003 May 8]. Watson J. Clinical caritas processes; [about 2 screencaps]. Available from: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content>.
8. Neves-Arruda E, Meleis A, Larson P. O conforto na perspectiva dos pacientes com câncer. Rio de Janeiro; 2003. [Artigo científico apresentado em aula].
9. Arruda EN, Koerich CL. Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil. *Texto & Contexto Enferm*. 1998;7(2):219.
10. Neves EP. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2002;6 Supp 1:S179-92.
11. Neves EP, Barreto S, Santos JA, Pereira M. Des/conforto dos trabalhadores de enfermagem: uma questão de in/justiça social. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(6):615-8.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação - o positivismo a fenomenologia o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
14. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
15. Rio de Janeiro (Estado), Secretaria de Saúde e Defesa Civil [homepage na Intenet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil; 2008 [citado em 2003 Mai 8]. Guia SUS do Cidadão; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: [http://www.saude.rj.gov.br/guia\\_sus\\_cidadao/home.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/guia_sus_cidadao/home.shtml).
16. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. *Nursing*. 1999;2(17):26-9.

### **Abstract**

This was a descriptive study with a qualitative design, aimed at minimizing the impact of the cancer ICU setting on patients' visitors through a proposal for implementing an environment of comfort and care for visitors. The proposal was presented for discussion and implementation at the Cancer Hospital (HCI) located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The proposal's theoretical reference was based on Florence Nightingale, Jean Watson, and Eloita Neves. The data were obtained through a semi-structured interview with 20 ICU visitors. Content analysis of the interviews showed that visitors feel comfortable because they have faith in a higher being and trust in the available resources for the patient's treatment, and because the hospital allows them to accompany the patient's condition. On the other hand, they feel uncomfortable because they can foresee the loss of a loved one with cancer and have countless expectations about the ICU, the visits, and the information they receive, besides undergoing numerous unpleasant sensations due to their own vulnerability vis-à-vis the patient's hospitalization. Therefore, in order to feel more at ease, visitors report the need to trust in God and in the care provided by the ICU, in addition to wanting a warm reception and to be able to communicate with both the ICU staff and the patient. Finally, the authors present a proposal for the creation of a caring environment in the ICU, based on nine premises originating from the study's findings.

**Key words:** Hospice care; Medical oncology; Intensive Care Units; Oncologic nursing; Family nursing; Family health